

LIGUE Auvergne-Rhône-Alpes de Football

SUITE CI-CONTRE ->

DÉCLARATION D'ACCIDENT À ADRESSER A LA LIGUE AUVERGNE-RHÔNE-ALPES DE FOOTBALL

DANS LES 5 JOURS DE SA SURVENANCE - SERVICE ASSURANCES

Pour les départements : 01, 07, 26, 38, 42, 69, 73, 74 à LAuRAFoot, 237 rue Léon Blum - 69628 Villeurbanne Cedex Pour les départements : 03, 15, 43, 63 à LAuRAFoot, ZI Bois Joli II - 13 rue Bois Joli CS 20013 - 63808 Cournon Cedex

Établie par le blessé, elle doit être contresignée par un responsable du club.

Les zones suivies d'une (*) sont à remplir obligatoirement

IDENTIFICATION DU CLUB D'APPARTENANCE DU BLESSÉ (*)
NOM ET ADRESSE DU CLUB (*):
ADRESSE DU CORRESPONDANT (*):
TÉLÉPHONE : LILILI
CODE POSTAL : VILLE :
CE CLUB EST-IL AFFILIÉ AUPRÈS (*) - D'UNE LIGUE OUI NON (si oui préciser laquelle) :
- D'UNE FÉDÉRATION OUI NON (si oui préciser laquelle) :
(joindre impérativement copie de la licence en cours)
CE CLUB EST-IL ADHÉRENT DIRECT DE LA MUTUELLE (*) (si oui indiquer le N° de contrat) OUI NON
LE BLESSÉ EST-IL BÉNÉFICIAIRE DE GARANTIES COMPLÉMENTAIRES DE TYPE SPORMUT OU AUTRE (*) : OUI NON
Si oui : Nom et Numéro du contrat :
NOM ET PRÉNOM DU BLESSÉ : (*)
ADRESSE (*): N° Rue Rue
Ville L
Bureau distributeur : Nº TÉLÉPHONE : NO Nº TÉLÉPHONE :
PROFESSION DU BLESSÉ :
Nom et adresse de l'employeur ou de l'établissement scolaire ou universitaire :
RÉGIME DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE (*):
Le blessé est-il ASSURÉ SOCIAL TRAVAILLEUR INDÉPENDANT OU COMMERÇANT
AUTRE : Nº d'immatriculation :
NON ASSURÉ SOCIAL (préciser la raison)
RÉGIME DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE (*): OUI NON
Nom de cette mutuelle ou organisme assureur : Nº de Contrat :
Adresse de la mutuelle ou organisme assureur :
L'ACCIDENT S'EST PRODUIT AU COURS (*): d'un trajet d'un entraînement d'une compétition de district autre
DATE DE L'ACCIDENT (*)
LIEU ET DÉPARTEMENT DE L'ACCIDENT (*) :
SEXE DU BLESSÉ [(1 = MASCULIN - 2 = FÉMININ) DATE DE NAISSANCE (*): []
SPORT OU ACTIVITÉ PRATIQUÉ AU MOMENT DE L'ACCIDENT (*) :

Signature :
Signature :

cisant les circonstances de l'accident ?
TABLI PAR LE MÉDECIN CONSULTÉ LE JOUI CONFIDENTIEL A L'ATTENTION DU MÉDECII IS SUIVANTES (*) : M, U. VIENDRA DE JOINDRE LA CONFIRMATION MÉDICAL S'ACTIVITÉS SPORTIVES.
QUI DOIT RECEVOIR L'ACCUSÉ DE RÉCEPTION :
N° TÉLÉPHONE : L L L L L L L L L L L L L L L L L L

M.D.S. ASSISTANCE : 01 45 16 65 70 (International : +33 1 45 16 65 70)

MUTUELLE DES SPORTIFS - 2-4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 ☎ 01 53 04 86 20 - 曷 01 53 04 86 87